

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIONES AÑO 2025.**

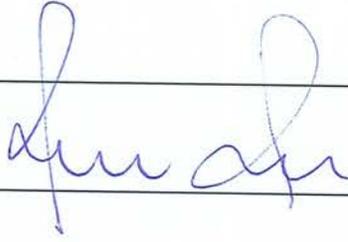
| | |
|------------|---------------|
| Mes | AGOSTO |
|------------|---------------|

| | |
|----------------------|---|
| NOMBRE | NURY IRENE ARZOLA SALAZAR |
| RUT | ██████████ |
| PROFESIÓN | TÉCNICO EN EDUCACIÓN DIFERENCIAL |
| DEPARTAMENTO | PERSONAS MAYORES |
| PROGRAMA SOCIAL | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025 |
| PERÍODO DEL CONTRATO | 01 DE ENERO DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025 |
| FUNCIÓN GENÉRICA | AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO |
| FUNCIÓN ESPECÍFICA | APOYAR EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, EVENTOS Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A ADULTOS MAYORES |

Actividades efectuadas en el mes: **AGOSTO**

| |
|--|
| ATENCIÓN DE PÚBLICO GENERAL DE FORMA PRESENCIAL, TELEFÓNICA Y POR CORREO. |
| LABORES ADMINISTRATIVAS DE APOYO EN LOS PROCESOS DE INSCRIPCIÓN Y RETIRO DE TALLERES. |
| RECEPCIÓN E INGRESO DE FICHAS DE SALUD Y CERTIFICADOS MÉDICOS AL SISTEMA SOCIAL. |
| APOYO A LOS PROFESORES DE LOS DIFERENTES TALLERES QUE SE IMPARTEN EN EL CÍRCULO, MEDIANTE LA ENTREGA DE MATERIAL, FOTOCOPIAS Y OTROS RECURSOS. |
| LLAMADAS PARA RECORDAR HORARIOS DE ACTIVIDADES Y COORDINACIÓN QUE REQUIERAN CITAR Y AGENDAR CONSULTAS. |
| DISTRIBUCIÓN DE ENTRADAS PARA LAS OBRAS TEATRALES HISTORIA DE AMOR PARA UN ALMA VIEJA Y GLENGARRY GLEN ROSS. |
| INSCRIPCIÓN Y CONFIRMACIÓN DE DIVERSAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS PROGRAMADOS PARA PERSONAS MAYORES. |
| APOYO ADICIONAL EN DIVERSAS FUNCIONES DEL CÍRCULO DE ENCUENTRO. |
| INSCRIPCIÓN Y CONFIRMACIÓN DE DIVERSAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS. |

Firma prestador de los servicios



El Jefe del Departamento de Personas Mayores (S), de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Nury Irene Arzola Salazar** RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto de 2025**; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **Nury Irene Arzola Salazar**.

| | |
|---|---|
| Nombre Jefe de Departamento (S) | CARMEN ARIAS CASTRO |
| Firma y timbre Jefe de Departamento (S) |   |



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS



Las Condes, AGOSTO mes de 2025 año